

■ FORMULAR

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Abteilung Honorarabrechnung

Fax 06131 326 - 327

**Selbstauskunft über
Entschädigungsleistungen
4. Quartal 2020**

Praxisstempel

Vorgangszeichen: 8-2020/00001-042

Betriebsstättennummer:

Ort der Betriebsstätte:

Selbstauskunft über Entschädigungsleistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich/Wir habe(n) im gesamten Quartal keine Entschädigungszahlung erhalten	<input type="checkbox"/>	
Ich/Wir habe(n) im gesamten Quartal eine Entschädigungszahlung erhalten für	<input type="checkbox"/>	in Höhe von
Entschädigungen nach Infektionsschutzgesetz	<input type="checkbox"/>	€
Kurzarbeitergeld	<input type="checkbox"/>	€
Finanzielle Soforthilfe des Landes oder des Bundes	<input type="checkbox"/>	€

Datum

Unterschrift des ausführenden Arztes